Rok XXXV. Kraków 5. Września 1896. Nr. 36.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

KONKURS.

na prowizoryczną na rok jeden posadę lekarza klimatycznego w Zakopanem z roczną płacą 1200 złr.

Obowiazki lekarza określa osobna instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo i statut uzdrowiska w Zakopanem.

O tę posadę ubiegać się moga lekarze z dyplomem uzyskanym na jednym z austryackich uniwersytetów a pierwszeństwo mają lekarze po odbytej praktyce szpitalnej i pracowniach chemicznych.

Podania wnosić należy do komisyi klimatycznej w Zakopanem do 30. Września 1896.

Zakopane w Sierpniu 1986.

Dr. Chramiec.
przewodniczący komisyi klimatycznej.

164—3—1

L. 2451.

KONKURS.

W wykonaniu rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 17. Kwietnia 1896. l. 20830. rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Głogowie z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na koszta podróży 200 złr. w. a.

Okręg sanitarny obejmować ma gminy: Bratkowice, Budy, Głogów, Hucisko ad Przewrotne, Jasionka, Lipie, Mrowla, Pogwizdów, Przewrotne, Rogoźnica, Rudna mała, Rudna wielka, Stobierna, Styków, Wola cicha, Wulka pod lasem, Wysoka, Zabajka i Zaczernie.

Podania o nadanie tej posady wnosić należy do Wydziału powiatowego w Rzeszowie w terminie do 30. Września 1896. i dołączyć do podania w myśl §. 7. ust. z dnia 2-go Lutego 1891. Nr. 17. Dz. ust. kraj.

1) Dyplom doktora medycyny.
2) Dowód obywatelstwa austryackiego.
3) Świadectwo odbytej najmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim.
4) Świadectwo lekarskie potwierdzone przez c. k. lekarza powiatowego, iż petent jest fizycznie zdatnym do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego.

Z Wydziału Rady powiatowej.

W Rzeszowie 12. Sierpnia 1896. 160—3—2

Rok XXXV. Kraków 5. Września 1896. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

†

Dr. Antoni Rosner

Profesor i kierownik kliniki chorób skórnych i wenerycznych w Uniwersytecie Jagiell., członek nadzwyczajny Akademii Umiejętności, b. dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., b. prezes Tow. lek. krak., lekarz używający wielkiej wziętości i uznania, — zakończył życie w Krakowie dnia 25. Sierpnia w 65 roku życia.

Ś. p. **Antoni Rosner** urodził się w Tarnowie w r. 1831.; szkoły średnie ukończył w mieście rodzinnem, poczem przeniósł się do Wiednia, gdzie w r. 1849. zapisał się na Wydział lekarski. W latach 1855—1856. otrzymał stopień doktora medycyny, a następnie doktora chirurgii i magistra położnictwa. Do r. 1862, w którym został docentem chorób skórnych i wenerycznych w Krakowie, uzupełniał i rozszerzał swą wiedzę w zakładach wiedeńskich, mianowicie: w szpitalu powszechnym na oddziale chirurgicznym Dra Ulricha, na oddziale chorób wewnętrznych prof. Helmy, jako sekundaryusz na oddziale i klinice uniwersyteckiej profesorów Hebry i Sigmunda, wreszcie — przez dwa lata — jako elew w klinice chirurgicznej prof. Dumreichera.

Jak wyżej powiedzieliśmy, w r. 1862. został ś. p prof. **Rosner** docentem chorób skórnych i wenerycznych w Uniwersytecie krakowskim. Znamienne to były czasy, tak dla poszczególnych krajów, jak i całej monarchii, której rząd zerwał wonczas z systemem germanizacyjnym, a tem samem unarodowił zakłady szkolne, wprowadzając do wykładów język ludności. W tym czasie przebywało w Wiedniu grono lekarzy Polaków, bądź to już zajmujących stanowiska, bądź też oddanych naukowej pracy. Prawdziwie coś opatrznościowego było w tem skupieniu się ludzi, wyłącznie wysoce uzdolnionych, specyalnie wykształconych, tak jak by jakaś kierująca ręką przygotowujących się do zajęcia wysokich stanowisk na rodzinnej ziemi, w prastarej szkole Jagiellońskiej. Gdy więc i w Uniwersytecie krakowskim zaprowadzono język polski, jako wykładowy, wraz z **Rosnerem** objęli posady uniwersyteckie przebywający wonczas w Wiedniu: Piotrowski, Madurowicz, Rydel, Gilewski, Jakubowski, Stopczański, którym przypadła chwała odrodzenia Wszechnicy naszej. Lecz rząd centralistyczny nie wyrzekł się odrazu słodkiego marzenia o języku ogólno-państwowym, nie szczędził pokus, którym tylko odwaga i przeświadczenie o słuszności mogły skutecznie stawić czoło; w tych zapasach zmarły profesor stanął stanowczo i niezachwianie po stronie narodu, i w tem leży tytuł do naszej niewygasłej pamięci dla Jego zasłużonej osoby.

W r. 1867. został ś. p. **Rosner** profesorem nadzwyczajnym, a w pięć lat później, gdy systemizowano katedrę i klinikę chorób skórnych i wenerycznych, Jemu poruczono kierownictwo tego zakładu. Wreszcie w r. 1887. otrzymał zmarły tytuł i charakter profesora zwyczajnego, a przed paru laty mianowany został profesorem zwyczajnym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dla uzupełnienia dziejów nauczycielskiej działalności ś. p. prof. **Rosnera** dodać należy, że w międzyczasie, wynikłym po śmierci prof. Gilewskiego, a mianowaniem prof. Korczyńskiego, kierował On kliniką chorób wewnętrznych, składając tem samem świetne dowody wszechstronnego lekarskiego wykształcenia.

Ś. p. prof. **Antoni Rosner** ogłosił drukiem następujące rozprawy: 1) *Krótki opis nieoznaczonej dotąd wysypki pęcherzykowej, uważanej w szpitalu krak. św. Ducha, z dołączeniem niektórych uwag*, 1865. 2) *Przypadek wysypki guziczkowej uważany i leczony w klinice chorób wenerycznych i skórnych, oraz uwagi nad niestósowności sztucznych podziałów dermatologicznych*, 1866. 3) *Przypadek kiły pierwotnej na wardze ust i na powiece dolnej*,

1867. 4) *Kilka uwag nad znaczeniem przypadków późnej kiły i ich stosunkiem do rtęcicy*, 1868. 5) *Leczenie rozmaitych cierpień zewnętrznych kwasem karbolowym*, 1869. 6) *O kile w płucach ze stanowiska klinicznego*, 1881.

Wszystkie te prace ogłosił Zmarły w *Przeglądzie lekarskim*.

Jest dwa rodzaje profesorów — klinicystów: jedni, jakby parci duchem twórczym, pędzą życie w pracowniach nad postępem nauki i wiedza zawdzięcza im dalszy swój rozwój; drudzy — świadomi wielkich zadań społecznych bieżącej chwili i ściśle pojmując swe zadanie pedagogiczne, z zapałem i zamiłowaniem kształcą pokolenie dzielnych, stanowczych, pomysłowych praktyków. Pierwsi piszą, drudzy urabiają umysły tych, którzy z pewnością pisać będą. Wzorem pierwszych byli: Laennec, Škoda, Hebra; drugich: Trousseau, Oppolzer, Chałubiński. Gdyby nam przyszło wypowiedzieć osobiste przekonanie, która kategorya klinicystów ma pierwszeństwo, bylibyśmy w kłopocie, wybierając między chwałą, geniuszem z Bożej łaski pierwszych, a zasługą płynącą z wypełnienia zaprzysiężonych obowiązków — drugich.

Zmarły prof. Rosner należał do tej drugiej kategoryi: pisał mało, lecz idąc krok w krok za rozwojem nauki, a zwłaszcza swojej specyalności i, łącząc postęp z talentem klinicysty, był wzorem znakomitego nauczyciela. Z zdolnością, tak Jemu właściwą, potrafił On zawsze, nawet z zawiłego przypadku, wytworzyć zaokrągloną całość, uwydatnić co w nim jest znamiennego i cechującego, a wypowiadając w stylu jasnym, głosem dźwięcznym swój wywód ostateczny, tak ścisłą logiką, jak i głębią przekonania, zniewalał poniekąd słuchacza do uwagi, zrozumienia i zapamiętania wykładu. W swych prelekcyach klinicznych wystrzegał się ś. p. prof. Rosner sceptycyzmu, który w wieku późniejszym może znamionować umysł wyższy, krytyczny; lecz podawany z katedry młodzieży szkolnej, poprostu wyjaławia mózgi, obniża w jej oczach wartość nauki i gasi zapał do pracy.

Podnosimy te wysokie pedagogiczne zalety ś. p. prof. Rosnera, gdyż one stanowią Jego niespożytą zasługę, uznaną przez setki lekarzy, byłych uczniów Zmarłego.

Nie w imieniu więc szczupłego grona bliższych przyjaciół, lecz szerokiego koła społeczności lekarskiej wyrażamy, obok niewygasającej wdzięcznej pamięci, głęboko odczuty żal za pracownikiem w winnicy polskiego ducha, który zawcześnie i z niepowetowaną szkodą osierocił katedrę, na której przez długi szereg lat z tak wielkim dla społeczeństwa i nauki pożytkiem pracował.

Wieczny pokój zasłużonemu! *Dr. A. Kwaśnicki.*

Artykuły oryginalne.

II. O wpływie istoty gruczołu tarczykowego na wymianę materyi, wraz z uwagami o stosowaniu tego przetworu przeciw otyłości [1].

Podali

Prof. Dr. Gluziński i Dr. J. Lemberger.

W ostatnich czasach zwróciło uwagę kilku badaczy na znaczenie niektórych gruczołów, których funkcye, nieznane do tej pory, powoli zaczynają się wyjaśniać. Pierwszeństwo tu oddać należy gruczołowi tarczykowemu *(gl. thyroidea)*, którego ważność dla ustroju z dniem każdym staje się zrozumialszą. Tak kliniczne spostrzeżenia, jak i fizyologiczne badania, idą tu ręka w rękę, a medycyna praktyczna poszczycić się może zdobyciem dzielnego środka leczniczego, który okazuje się skutecznym w pewnych chorobach, uważanych do tej pory za nieuleczalne. Dość wspomnieć tylko o podawaniu istoty gruczołu tarczykowego w stanach, które obejmuje ogólna nazwa *Cachexia strumipriva*, w obrzęku śluzakowym (*myxoedema*) i t. d. Przypatrując się pilnie działaniu tego przetworu, n. p. w obrzęku śluzakowym, zastanawiając się nad obrazem choroby Basedowa, która niekiedy przedstawia objawy podobne, do spostrzeganych po podawaniu przez dłuższy czas zwierzętom lub człowiekowi istoty gruczołu tarczykowego, wywołującem, jak wiadomo, t. zw. *thyreoidismus*, nasuwa się słuszna myśl, że gruczoł tarczykowy wytwarza pewną substancyę, która ma ważne znaczenie w ekonomii ustroju i, że substancya ta wywiera wybitny wpływ na wymianę materyi.

Spostrzeżenie to skłoniło Leichtensterna [2]), Wendelstadta [3]) w Niemczech, a Yorke Daviesa [4]) w Anglii, do podawania gruczołu tarczykowego w otyłości, i to, jak wiemy, z wynikiem dodatnim. Podobne badania kliniczne mnożą się i w naszej literaturze lekarskiej mamy samodzielną pracę Dra Jerzykowskiego [5]). Doniosłość tego sposobu leczenia otyłości polega na tem, że otrzymuje się skutek dodatni bez równoczesnego uwzględnienia dyety, bez takich metod dyetetycznych, jak Harvey-Bantinga, Vogla, Ebsteina, Oertla i t. d. słowem, bez równoczesnego ograniczania przysparzania ustrojowi dostatecznej liczby ciepłotek (kaloryj), wprowadzanych do ustroju, a tem samem wytwarzania powolnego stanu wycień-

[1]) Według wykładu wygłoszonego w Tow. lek. krak. przez prof. Gluzińskiego w dniu 3. Czerwca b. r.

[2]) Deutsche med. Wochenschrift 1894 Nr. 50.
[3]) Deutsche med. Wochenschrift 1894. Nr. 50.
[4]) Britisch. med. Journ. 1894. 7. Czerwca Nr. 1749.
[5]) Nowiny lekarskie 1896. Nr. 1.

czenia, które zmusza ustrój do pokrycia brakującej mu liczby ciepłotek (kaloryj) z własnych zapasów, a w pierwszej linii zużywając, jak wiadomo, własny tłuszcz.

By ten sposób leczenia zyskał uznanie, by z pojedynczych spostrzeżeń zdobył podstawę do ogólniejszego stósowania, potrzeba było obok baczenia na możliwość wystąpienia przy większej dawce lub dłuższem używaniu objawów t. zw. tyreoidyzmu, zwłaszcza zę strony narządu krążenia, postawić ścisłe wskazania: 1) w których przypadkach otyłości użyć należy tego sposobu leczenia; 2) zastanowić się nad pytaniem, w jaki sposób ustrój przychodzi do utraty na wadze, które mianowicie tkanki organizmu ulegają przypuszczalnemu żywszemu rozkładowi, czy tylko zapasowa tkanka tłuszczowa, czy również i pierwoszcza komórek tkanin n. p. mięśni.

By rozstrzygnąć punkt pierwszy, należy rozdzielić wszystkie przypadki otyłości na dwie kategorye: Do pierwszej zaliczyć tych ludzi otyłych o prawidłowej wymianie materyi i prawidłowej sile utleniania komórek protoplazmatycznych, którzy dlatego nagromadzali tłuszcz w sobie, że albo wprowadzali nadmierną na wszelki przypadek ilość ciepłotek (kaloryj) w pokarmach (żarłoki), albo też spożywali ilość prawidłową i stosowną dla człowieka wykonywującego przeciętną pracę, lecz pracy przeważnie nie wykonywali (siedzące, nieczynne życie itd.), lub też wreszcie czynili jedno i drugie.

Przypadki tej kategoryi są bardzo wdzięczne do leczenia, bo wystarczy ograniczenie nadmiernej dyety, i wykonywanie pracy fizycznej, ażeby stale usunąć to zboczenie.

Lecz prócz tych opisanych przypadków otyłości mamy jednak cały szereg takich, których przyczyny szukać musimy w innym kierunku. Tu należy otyłość dziedziczna, tycie występujące u kobiet niepłodnych, po owaryotomiach i w wieku przejściowym; u mężczyzn po wytrzebieniu i t. d.; dalej otyłość występująca u ludzi nadużywających napojów wyskokowych i t. d. Ta kategorya otyłości nie ma podstawy w nadmiernie wprowadzonej ilości pokarmów lub niewykonywaniu pracy fizycznej, boć ludzie ci nieraz jedzą mało i wykonują dosyć ruchu, a przecież tyją; przyczyny w tym dziale otyłości szukać nam należy w ustroju samym, przyjmując zboczenie w komórkach protoplazmatycznych tkanin ustroju, w których wprawdzie dokonuje się sprawa utleniania, ale spożytkowują one mniejszą ilość ciepłotek (kaloryj), by wykonać odpowiednią pracę i wytworzyć odpowiednią ilość ciepła tak, że z pobranej, nawet stosunkowo do innego organizmu mniejszej ilości ciepłotek pozostaje pewna nadwyżka, która znów w postaci tłuszczu w ustroju nagromadza się. Wprawdzie nie mamy jeszcze dostatecznych dowodów dla przyjęcia podobnego funkcyonalnego zboczenia, które jednak bezpośrednio wynika z doświadczenia. W tym kierunku praca zaledwie rozpoczęta, lecz dotychczasowe wyniki nie są już bez znaczenia. Dość przytoczyć, że według badań Magnusa-Levyego[6]) najniższe i najwyższe cyfry spotrzebowanego 0. dla człowieka zdrowego, będącego w spokoju i na czczo, wynoszą na 1 kilogr. i 1 minutę, 3·1—5·36 ccm., gdy u niektórych otyłych ludzi Noorden[7]) znalazł 2·64 ccm., Magnus Lewy[8]) 2·82 ccm., a Thiele i Nehring[9]) nawet 2·31 ccm. 0.

[6]) Berliner klin. Woch. 1895. Nr. 30. i Pfl. Arch. T. 46, str. 197.
[7]) Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels 1893.
[8]) Berliner klin. Wochenschrift 1895. Nr. 30.
[9]) Zeitschrift f. klin. Med. XXX. str. 51.

W tych przypadkach mamy zatem już do czynienia ze zboczeniem ustrojowem, z upośledzoną czynnością komórek. Takie przypadki są mniej wdzięczne dla zabiegów leczniczych, bo w wielu razach leczenie pozostaje bez widocznego skutku. I inaczej być nie może, gdyż wszystkie sposoby leczenia, których używamy, polegają na zniewoleniu poniekąd ustroju do zużycia własnej tkanki tłuszczowej, na pokrycie niedostarczanej ilości ciepłotek (kaloryj), a nie na podniesieniu funkcyi komórek, i przyspieszeniu, jeżeli się tak wyrazić wolno, wymiany materyi.

Pierwszym takim środkiem byłaby istota gruczołu tarczykowego, która, jak już pierwsze doświadczenia Leichtensterna i Wandelstadta wskazywały, sprowadza odtłuszczenie ustroju bez ograniczenia dowozu ciepłotek (kaloryj), czyli istota ta musi działać wprost na komórki ustroju, zmuszając je do energiczniejszej funkcyi.

Przypuszczenie to, o wpływie gruczołu tarczykowego na podniesienie energii komórek w kierunku przeprowadzenia sprawy utleniania, tylko drogą doświadczalną może być udowodnione i w pewnik zamienione. Pierwsze doświadczenia w tym kierunku Magnusa Levyego[10]) wskazywały, że rzeczywiście pod wpływem istoty gruczołu tarczykowego wzmaga się sprawa utleniania, rośnie ilość spotrzebowanego 0 i wydalanego CO_2. Gdy przed użyciem tego przetworu ilość spotrzebowanego 0 wynosiła na minutę przeciętnie 226 ccm. przy wadze 77 kilogr., w 15-tym dniu zażywania jego podniosła się do 236, a w 19-tym dniu do 255 ccm. (przy wadze 73 kilogr.). Niemniej z doświadczenia Thielego i Nehringa[11]) widzimy stałe podnoszenie się zużywanego tlenu wśród 11-dniowego zażywania tabletek gruczołu tarczykowego i to z 287 do 343 ccm. na minutę, czyli wzrost prawie o 20%.

Na podstawie tych jeszcze nielicznych doświadczeń, można orzec, że pod wpływem tyreoidyny mamy wzmożenie energii spraw utleniania w ustroju. Z tego punktu widzenia zdobyliśmy rzeczywiście w tyreoidynie dzielny środek leczniczy dla tych przypadków otyłości, w których dopatrujemy obniżonej energii komórek. Jednak środek ten możemy uważać za leczniczy wtedy dopiero, gdy rozstrzygniemy drugię pytanie, t. j., czy wzmożona przemiana materyi w skutek podniesienia sprawy utleniania, dotyczy tylko tłuszczów, czy też i istot białkowatych. Jestto punkt zasadniczy. Środek ten byłby bowiem obosieczny i wymagałby znacznej baczności w podawaniu, gdyby przyspieszał zużycie obydwu tych rodzajów składowych części ludzkiego ciała i, gdyby po przeprowadzeniu leczenia ustrój wykazał nietylko zanik tkanki tłuszczowej, lecz w skutek zużycia białkowatych tkanin (Organeiweis Voita), a w pierwszym rzędzie swych mięśni, pozostał wycieńczony.

Wszystkie sposoby dyetetyczne leczenia otyłości: Bantinga, Oertla, Ebsteina i t. d., miały zawsze ten punkt na oku, aby przez kombinacye składowych części pokarmów, mimo niedostarczania odpowiednich ilości ciepłotek, zapobiedz jak najsilniej rozkładowi istot białkowatych, posiadającemu tak ścisły związek ze stanami inanicyjnymi.

Z tego też powodu i przy użyciu tyreoidyny trzeba się przekonać, jak zachowuje się w ustroju rozkład istot biał-

[10]) Berliner klin. Wochenschrift 1895. Nr. 30.
[11]) l. c.

kowatych, czy ustrój, tracąc lub nie tracąc na wadze, jest w możności zatrzymać swą równowagę azotową,

Punkt ten jest tak ważny, że uważam za stósowne przytoczyć nieco obszerniej wyniki w tym kierunku, a następnie podać własne doświadczenia. Pominąć tu wypada wyniki badań nad wymianą materyi przy używaniu tyreoidyny w obrzęku śluzakowym, w chorobie Basedowa itd. a zwrócić uwagę na doświadczenia, które były dokonane albo na ludziach mniej lub więcej otyłych, lecz zresztą zupełnie zdrowych. Vermehren[12]) nie znalazł u ludzi młodych (trzech), którzy zażywali dziennie 0, 1—0·3 tyreoidyny, zmiany w wydzielaniu N, a tylko zwiększone wydzielanie moczu; natomiast u starszych (dwóch), stwierdził zwiększenie wydzielania N. Breisacher[13]) nie mógł wykazać w czasie podawania tyreoidyny ani przybytku ani ubytku istot białkowatych w ustroju, gdy znów Dennig[14]) spostrzegał u 4 silnych osobników znaczne wzmożenie wydzielania N., w czasie zażywania tego środka.

Wszystkie jednak prace wymienione nie noszą na sobie cech ścisłości z powodu, że nie ma w nich oznaczeń pobranych ilości istot białkowatych, a tylko ilość wydalanego N., przy mniej więcej tej samej dyecie. Pierwsze z całą ścisłością wykonane doświadczenie, z dokładnym rozbiorem pobranych pokarmów, zawdzięczamy Bleibtreuowi i Wendelstadtowi[15]), którzy dokonywali doświadczenia na sobie samym (Dr. W.). Dr. W. w chwili rozpoczęcia doświadczenia ważył 91·1 kilogr. zażywał tyreoidynę (przetwór angielski 3—4 pastylki dziennie) przez dni 9, stracił na wadze 3 kilogramy, a wydalił z ustroju przez ten czas o 15.97 grm. N. więcej, niż pobrał, co równa się utracie z własnego ustroju 100 grm. istot białkowatych = 500 grm. mięśni, czyli ubytek jego wagi pochodził nie tylko z utraty tkanki tłuszczowej i wody, ale i istot białkowatych. Podnieść również należy z tego doświadczenia, że zwiększone wydalanie N. trwało jeszcze po ustaniu brania tabletek tyreoidyny, i że zwiększony wśród zażywania dowóz ciepłotek (kaloryj) przez dodawanie do pokarmów tłuszczu i węglowodanów, wcale nie wpłynął oszczędzająco na rozkład istot białkowatych.

W uderzającej sprzeczności z tem spostrzeżeniem stoi doświadczenie Scholza[16]), który obok badania wpływu tyreoidyny na wymianę materyi u pacyentki cierpiącej na chorobę Basedowa i w przypadku raka, dokonał również badania analogicznego u człowieka zdrowego, spożywającego poważną ilość ciepłotek (kaloryj) w pokarmach, bo 50 c. na kilogram wagi. Badany zażywał przez 4 dni tabletki angielskie (3 dziennie), nic nie utracił na wadze, a bilans N. wypadł u niego dodatnio, jakkolwiek mniejszy w czasie brania tyreoidyny, aniżeli bez niej; w pierwszym razie bowiem na dzień + 2·6399 N., w drugim + 3·7567 N. Zgodnie z doświadczeniem Scholza wypadło i spostrzeżenie Richtera[17]), dokonane na mężczyźnie 71 kilogr. ważącym, który pobierał w pokarmach 2988 ciepłotek (kaloryj) (40 na kilogr. wagi), z czego 501 wypadało na istoty białkowate (125·4 białka). Tabletki angielskie zażywał przez dni 4 (w 1-szym dniu dwie, w 2-gim i 3-cim trzy, w 4-tym cztery), na wadze utracił w 5-ciu dniach 2 kilogr., a bilans N. wypadł u niego również dodatnio, jednak także mniejszy w czasie zażywania tyreoidyny, aniżeli w okresie poprzedzającym i następowym. Przed doświadczeniem przeciętnie dziennie + 4·95 N, w czasie brania tabletek + 3·22 N, w okresie następowym + 4·0 N.

Różnice, które widzimy w doświadczeniu Bleibtreua i Wendelstadta z jednej strony, a Scholza i Richtera z drugiej, zależeć mogą, jak słusznie czyni uwagę Scholz, od indywidualizmu ustrojów, ale bezsprzecznie trzeba może uwzględnić i nierówność działania samego przetworu, a zwłaszcza długość czasu podawania tyreoidyny. Scholz i Richter podawali tabletki czas krótki, bo zaledwie 4 dni, pierwszy nie otrzymał nawet utraty wagi, a u obydwóch bilans N. wypadł dodatnio, jakkolwiek w każdym razie mniejszy, aniżeli w czasie niepodawania. Bleibtreu i Wendelstadt zaś podawali dni 9 i bilans N, jak widzieliśmy, był u nich ujemny. Może też w tej różnicy czasu podawania tyreoidyny należy szukać wytłómaczenia dla tej różnicy wyników. Różnica ta mogła i stąd pochodzić, że badani przez tych autorów pobierali różne ilości ciepłotek (kaloryj) w pokarmach. Scholz i Richter podawali je w dostatecznej, a może nawet w nadmiernej (Scholz) ilości, pierwszy 50 ciepłotek na kilogram, drugi 40, gdy Bleibtreu i Wendelstadt znowu, z początku doświadczenia bardzo małe, nawet zamałe. Zarzut jednak, na tej okoliczności oparty, który Richter właśnie czyni doświadczeniom Bleibtreua i Wendelstadta, wydaje mi się o tyle niesłusznym, że ujemny bilans N. otrzymali ci autorowie i przy podniesieniu następnie ilości ciepłotek (kaloryj) do liczby dostatecznej. Wobec odmiennych w każdym razie wyników dotychczasowych, a ważności sprawy, uważałem za stósowne rzecz całą jeszcze raz doświadczeniu poddać. Chcąc uniknąć rozmaitych zarzutów, które doświadczeniom poprzednim można uczynić, a niemniej przyczynić się do rozjaśnienia sprawy, uznałem za niezbędne:

1) dostarczać od początku dostateczną ilość ciepłotek (kaloryj) w pokarmach;

2) podawać tyreoidynę przez czas dłuższy;

3) porównać działanie sztucznego przetworu z działaniem istoty świeżego gruczołu tarczykowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[12]) Deutsche med. Wochenschrift 1893. Nr. 43.
[13]) Cyt. Ewalda. Berl. klin. Wochenschrift 1895. Nr. 2 i 3.
[14]) Münch. med. Wochenschrift 1895. Nr. 17.
[15]) Deutsche med. Wochenschrift 1895. Nr. 22.
[16]) Centr. f. klin. Med. 1895. Nr. 43 i 44.
[17]) Centr. f. klin. Med. 1896. Nr. 3.

III. Uwagi nad oceną sądowo-lekarską t. zw. „błędów w sztuce“.

Według wykładu mianego dnia 9. Lipca 1896.

Podał

Doc. Dr. Leon Wachholz,

kierownik zakładu sądowo-lekarskiego w Uniw. Jagiell.

Przystępując do omówienia w ogólnym zarysie tego działu medycyny sądowej, w którym ona podaje znawcy możność wydania sądu o biegłości i znawstwie zasad sztuki drugiego lekarza, już na samym wstępie winienem Panom podać bodaj ogólne i krótkie określenie pojęcia tak zwanego „błędu w sztuce“. Przez nazwę tę rozumiemy w ogólnem pojęciu nierozmyślne uszkodzenie ciała, lub pozbawienie życia człowieka chorego, dokonane przez lekarza lub inną osobę do leczniczej działalności upoważnioną, a to w skutek nieświadomości zasad sztuki, lub zaniedbania.

Jeżeli nowoczesne ustawodawstwo, jak to niebawem przedstawię, ściga i karze błędy w sztuce, to wychodzi ono zupełnie ze słusznego stanowiska. Wszakże lekarz, już z natury swego zawodu, będąc osobą wysokiego zaufania tak dobrze jednostek jak i całego społeczeństwa, a nawet państwa, powinien przystępować do czynności swego zawodu z tą pełną świadomością, że tylko ku pożytkowi ludzkości, a nie ku jej szkodzie, służyć będzie wedle najlepszej swej wiedzy i woli.

O ile odpowiedzialność karna, nałożona na lekarzy, jest słuszną i usprawiedliwioną, to jednak trzeba przyznać, że stanowi ona ów miecz Damoklesa, zawieszony nad ich głowami, miecz, który już niejednokrotnie, godząc w głowę niewinnego, zniweczył co najmniej jego materyalne stanowisko! Ażeby tej najsmutniejszej ewentualności skutecznie zapobiedz, wskazane jest, skoro już ocena błędu w sztuce *in foro* spoczywa w ręku znawcy sądowego, a nie w ręku tak poważnych ciał, jak wydziały lekarskie, lub izby lekarskie (o co wielu autorów się dopomina), ażeby każdy znawca miał na pamięci bodaj ogólne wskazówki, odnoszące się do oceny błędów w sztuce. Wychodząc z tej zasady, pragnę Panom podać kilka ogólnych w tym względzie wskazówek.

Jeżeli sięgniemy myślą do dziejów medycyny, to przekonywamy się, że zapatrywanie na karną odpowiedzialność lekarza za błędy w sztuce, było różne w różnych czasach.

Starożytni Egipcyanie, ze swą oschłą i strupieszałą uczonością, karali śmiercią każdego lekarza, jeżeli w sposobie leczenia odstąpił od zasad głoszonych przez kapłanów, nawet gdyby sposób ten obfitował w same korzystne wyniki dla chorego. W Grecyi, a początkowo i w starożytnym Rzymie, nie znano kar za lekarskie błędy w sztuce, a Hippokrates pisząc: *„soli medici delinquentes nulla in republica poena coercentur, praeterquam ignominiae, verum haec non afficit eos, qui toti quanti sunt ex infamia compositi“* w sposób niedwuznaczny daje do zrozumienia, że ten brak odpowiedzialności karnej lekarzy za ich błędy w sztuce, stał się powodem rozmnożenia się wielkiej liczby złych i przewrotnych lekarzy. W Rzymie dopiero po ogłoszeniu *„lex Cornelia“* były ścigane błędy w sztuce lekarskiej; aczkolwiek zdawałoby się, że rzeczona ustawa zwraca się wyłącznie przeciw zawodowym trucicielom, to niestety, z przykrością wypada zaznaczyć, że wymierzoną ona była w pierwszej linii do ówczesnych lekarzy, którzy *„medicamen quod ad salutem hominis vel ad remedium datum erat“*, w wielkiej liczbie przypadków pożądaną przez lekarzy śmierć sprowadzało. Znana ze surowości ustawa Karola V. rozbiera sprawę błędów w sztuce zarówno poważnie jak i łagodnie i wyrozumiale. Wprawdzie obciąża ona błąd lekarski karą, żąda jednak przedewszystkiem rozpatrzenia jego karygodności przez uczonych, wymiar kary pozostawia uznaniu sędziego, a karze cięże] tych, którzy nie będąc biegłymi w sztuce, i li tylko z lekkomyślności zajmując się leczeniem, zdrowiu lub życiu chorego szkodę wyrządzili, niżeli lekarzy zawodowych, jeżeli takiego samego dopuścili się przewinienia.

Że ustawodawstwa obecne o wiele surowiej karzą błędy w sztuce, przekonają się Panowie niebawem. Z ustawodawstw obecnych wymieniają wyraźnie błędy w sztuce następujące kodeksy: obecnie obowiązujący austryacki kodeks karny w §. 356 i 357 i kodeks rosyjski w §§. 870—873, podczas gdy ustawodawstwo karne francuskie (§. 319 i 320), włoskie (§. 554 i 555), wreszcie niemieckie (§§. 222, 230, 232, 360) i projekt nowego austryackiego kodeksu karnego (§. 241 i 242) wcale o lekarskich błędach w sztuce odrębnie nie wspominają, podciągając je pod ogólną kategoryę wykroczeń przeciw bezpieczeństwu publicznemu z zaniedbania *(Fahrlässigkeit)*. Wedle brzmienia obecnie obowiązującego austryackiego kodeksu karnego, można mówić o lekarskim błędzie w sztuce wówczas, jeżli on pociągnął za sobą przynajmniej takie uszkodzenie cielesne, które wedle obecnej kwalifikacyi nosi cechy ciężkiego uszkodzenia z §. 152. Jednak trzeba przyznać, że obecny kodeks austryacki czyni zadość zasadom sprawiedliwości, gdyż nakładając na czynności lekarskie odpowiedzialność karną, zarazem występuje w obronie stanu lekarskiego, przyznając mu wyłączne prawo niesienia pomocy lekarskiej; zabrania on w myśl §. 343 i 344 wykonywania praktyki lekarskiej osobom, nieuprawnionym do niej na mocy urzędowych atestów i dyplomów, (t, j. tak zwanym partaczom, czyli kurfuszerom). Cóż kiedy ten nadany u nas lekarzom przywilej znajduje już w innej okoliczności swą przeciwwagę. Oto w myśl §. 360 może być lekarz pod groźbą kary aresztu od 1—6 miesięcy pociągnięty do odpowiedzialności, jeżeli na wezwanie nie stanie u łoża chorego i pomocy mu nie udzieli, czyli, że istnieje u nas ustawowy przymus wykonywania obowiązków zawodu lekarskiego.

W każdym razie można jeszcze nazwać łaskawem brzmienie austryackich ustaw w porównaniu z tekstem kodeksu niemieckiego, lub projektu przyszłego austryackiego kodeksu. Jak już poprzednio wspomniałem, mówi się u nas obecnie o błędzie lekarskim wówczas, jeźli z niego wyniknęła szkoda, równająca się przynajmniej ciężkiemu uszkodzeniu ciała z §. 152, a najwyższy wymiar kary za dowiedziony błąd w sztuce, stanowi w Austryi ścisły areszt do 1 roku, oraz zakaz wykonywania praktyki tak długo, aż skazany nie wykaże w ponownym egzaminie, że uzupełnił udowodnione braki w swej wiedzy i sztuce. Przypatrzmy się teraz brzmieniu kodeksu niemieckiego, oraz projektowi kodeksu austryackiego. W obu nie ma odrębnej wzmianki o lekarskich błędach, lecz kodeks niemiecki wyraża się w §. 232, że nawet nierozmyślne lekkie uszkodzenie ciała, jeżeli się jego dopuścił lekarz, ma być z urzędu (przez prokuratoryę państwa) ścigane i dochodzone, a projekt przyszłego austryackiego kodeksu karnego poleca z urzędu pociągać do odpowiedzialności sprawcę nierozmyślnego uszkodzenia, które pociągnęło za sobą przynajmniej przez tydzień trwającą niezdolność do pracy zawodowej, lub zaburzenie zdrowia (§. 241). Oba powyższe kodeksy wyznaczają nadto za owe nierozmyślne uszkodzenia, zwłaszcza jeźli one wyniknęły z nieostrożności osoby, na mocy swego powołania lub zawodu do ostrożności obowiązanej, (zatem lekarza) karę znacznie cięższą, bo wedle kodeksu niemieckiego najwyższą karę, do 5 lat więzienia, zaś wedle projektu austryackiego, najwyższą karę do 3 lat więzienia. Kodeks karny niemiecki w dwóch tylko ustępach wspomina wyraźnie lekarzy, a to w §. 278 i 300. Jakkolwiek obecny kodeks austryacki nie mieści identycznych z powyższymi ustępami postanowień, to jednak nie mogę przemilczeć o ich treści tembardziej, że dotyczy ona etyki lekarskiej, o której się wprawdzie niemal codziennie pisze i mówi, lecz im głośniej się ją podnosi, tem więcej i częściej zapomina się o niej w praktyce. Dla młodego, zdobywającego sobie imię lekarza, zasady etyki zawodowej powinny stanowić naczelne i przewodnie hasło, tembardziej za-

tem poczuwam się do obowiązku streścić Panom brzmienie tych dwóch ustępów kodeksu niemieckiego. Pierwszy z nich pociąga do karnej odpowiedzialności lekarza, który wydaje rozmyślnie fałszywe i z prawdą niezgodne świadectwo dla użytku władz lub towarzystw ubezpieczeń na życie; drugi zagraża karą lekarzowi, zdradzającemu lekkomyślnie tajemnice, do posiadania których doszedł na mocy swego zawodu. Jakżeż często, Panowie, żalimy się, że stan nasz traci na powadze w oczach władz i społeczeństwa, lecz nie zadajemy sobie nigdy pytania, ile w tem mieści się naszej winy. Jakżeż często wystawia się już choćby z grzeczności dla naszych najbliższych i najserdeczniejszych — świadectwa lekarskie, rozmyślnie fałszywe, aby usprawiedliwić chociażby nieobecność ucznia w szkole, że już nie wspomnę o świadectwach w innych celach i z innych pobudek pisanych!

Nie ma u nas odrębnego paragrafu piętnującego i obciążającego taki krok odpowiedzialnością karną, lecz sądzę, że właśnie brak takiego paragrafu w austryackiej ustawie powinniśmy z wdzięczności wynagrodzić stósownem etycznem zachowaniem się przez odrzucenie wszelkich podobnych pokus. Że przestrzeganie zasad etyki, skreślonej w dwóch przytoczonych ustępach kodeksu niemieckiego, nie tylko nam szkody nie przyniesie, lecz nas czcią, szacunkiem i zaufaniem otoczy, sądzę, że na udowodnienie tego nie trzeba tracić słów.

Szczególniejsza surowość kodeksu niemieckiego i przyszłego projektu austryackiego kodeksu w tem się uwidocznia, że za nierozmyślne uszkodzenie drugich, karzą one surowiej te osoby, „które do uwagi i ostrożności w swem postępowaniu są obowiązane na mocy swego urzędowania, lub zawodu“, czyli, że za błąd w sztuce, karzą one surowiej lekarza, niżeli pierwszego lepszego partacza.

Że tak jest, t. j. że wyżej wymienione kodeksy w istocie karzą surowiej lekarza za błąd lekarski, niżeli zwykłego partacza, pochodzi to stąd, że karzą one popełniony błąd w sztuce, a partacz z natury rzeczy nie może go popełnić; a nie będąc lekarzem, tem samem nie jest obowiązany do szczególniejszej ostrożności, o jakiej ustawy te wspominają. Rzeczywiście każdego musi zadziwić ta surowość ustawy względem lekarzy, niemniej to wręcz przeciwne stanowisko, jakie zajmują nowe ustawodawstwa względem nas lekarzy, w porównaniu z ustawą Karola V, o ile ona dotyczy partaczy. Każda rzecz, każde postanowienie i ustawa musi mieć swą, należycie uzasadnioną przyczynę. Czyż zatem stan lekarski, na którym spoczywa brzemię ciężkich i pod każdym względem niebezpiecznych obowiązków, stał się przez nieoględne postępowanie powodem tego zaostrzenia nowoczesnego ustawodawstwa? Zdaje mi się, że nie, że nawet liczba błędów lekarskich zmalała, w miarę olbrzymich postępów, jakie nauka poczyniła w dobie obecnej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Wpływ jadów pochodzenia drobnoustrojowego (toksyn) na narząd krążenia. Kraków 1896, str. 46. Dr. Jan Raczyński.

Zadanie, jakie nakreślił sobie autor, wchodzi w obręb jednego z najciekawszych pytań patologicznych, dotąd stanowczo nie rozstrzygniętego. Objawy, jakie nader często spostrzegać można przy końcu niektórych chorób zakaźnych, zwane pospolicie „porażeniem serca“, niezawsze, jak pouczyło doświadczenie, wiążą się ze zmianami anatomicznemi mięśnia sercowego, mianowicie z jego zwyrodnieniami, zapomocą których usiłowano je przez czas pewien w każdym przypadku tłómaczyć. Liebermeister starał się więc te objawy ze strony narządu krążenia wyjaśnić w inny sposób; sądził on mianowicie, że zależą one od występującej w przebiegu chorób zakaźnych gorączki, wpływającej bezpośrednio lub za pośrednictwem zmian anatomicznych na sprawność mięśnia sercowego. Badania, podejmowane w tym kierunku, wydały, dzięki niedokładnej metodzie, wyniki nader sprzeczne. Autor sprawdzając je ponownie, doszedł do wniosków, zgodnych z wynikami Welcha, a mianowicie stwierdził, że podwyższona ciepłota nie wywołuje sama przez się zaburzeń w krążeniu, nawet działając bardzo długo. Przytoczone przez autora doświadczenie trwało dni 27; z ciekawością oczekiwać należy ogłoszenia w całości licznego, jak się zdaje, szeregu dokonanych przez autora żmudnych prób, w pracy niniejszej mimochodem tylko wspomnianych. Nasuwało się teraz pytanie, jakieto wpływy odgrywać mogą rolę przyczynową w zaburzeniach krążenia w chorobach zakaźnych tam, gdzie nie można stwierdzić żadnych zmian chorobowych w samym mięśniu sercowym i naczyniach anatomicznie, skoro podwyższona ciepłota zakażonego ustroju z objawami t. zw. „porażenia serca“ w ściślejszym nie pozostaje związku? Zdobycze nowszych czasów, dowodzące, że znaczna część objawów przy chorobach zakaźnych dostrzeganych, rozwija się wskutek zatrucia ustroju produktami życiowymi drobnoustrojów, wskazywały poniekąd drogę do rozwiązania tego pytania. Autor nakreśliwszy w przejrzystym zarysie obecne nasze w tej sprawie wiadomości i streściwszy szczegółowiej wyniki badań, dotyczące wpływu jadów drobnoustrojowych na narząd krążenia, jędrnie i jasno szkicuje plan doświadczeń, do których wybrał dwa drobnoustroje: paciorkowca, jednego z najjadowitszych nieprzyjaciół ustrojów zwierzęcych i „*bacterium coli*“, któremu nowsi badacze przypisują w patalogii ludzkiej rolę nadzwyczaj wielką. Z zajmujących doświadczeń autora wynika, że już w kilka godzin po zastrzyknięciu zwierzętom jadu paciorkowca występują zaburzenia w zakresie naczyń obwodowych. Tętnice się rozszerzają skutkiem czynnego działania nerwów rozszerzających naczynia, mimo to jednak ciśnienie nie opada, gdyż praca serca, nieuległego wpływowi jadu, wzmaga się. Po kilkunastu dopiero godzinach ciśnienie krwi poczyna opadać, a to wskutek porażenia ośrodka naczynioruchowego, który przejściowo tylko w pierwszym okresie działania jadu był w stanie podniesionej pobudliwości. Jad *bacterium coli commune*, wprowadzony do ustroju zwierzęcego drogą krwi, rozpoczyna działanie w kilka godzin potem i, dotykając centralnego narządu krążenia, wywołuje zmiany w akcyi serca, przyczem ciśnienie małym tylko ulega zmianom. Dopiero w dalszym okresie działania tego jadu powstaje znaczne osłabienie akcyi serca i następowy spadek ciśnienia. Jad błoniczy wywołuje nagły spadek ciśnienia. zachowującego się aż do ostatnich chwil prawidłowo; jad *bacterium coli* działa już od pierwszych prawie godzin na serce, a spadek ciśnienia końcowy jest znacznie dłuższy. Wynika z tego, że jad błoniczy działa na ośrodki nerwowe samego serca; jad zaś *bacterium coli* działa za pośrednictwem zmian anatomicznych mięśnia sercowego, które autor stale w zwłokach zwierząt, jadem tym zatrutych, znajdował; działanie jadu paciorkowca znowu odbija się przez cały czas na aparacie naczyniowym, niedotykając prawie wcale samego serca.

Przenosząc wyniki pięknej swej pracy na stosunki spotykane przy łożu chorego, stwierdza autor, że z jednej strony dają one pewną podstawę do wyjaśnienia objawów klinicznych, z drugiej zaś zgadzają się one ze spostrzeżeniami, poczynionemi u ludzi. Zaburzenia ze strony narządu krążenia, występujące w przebiegu posocznicy, pod wpływem zatem jadu paciorkowca, mają prawdopodobnie i u ludzi inną przy-

czynę, niż podobne zaburzenia w zapaleniu otrzewnej, sprawie, w której główną rolę odgrywa *bacterium coli commune*. Toteż doświadczenie kliniczne poucza, że zaburzenia w narządzie krążenia w zapaleniu otrzewnej trudniejsze są do zwalczenia, niż w zakażeniu ropnem, a badania autora, wskazujące, że w pierwszym przypadku zmiany w krążeniu zależą od zmian w mięśniu sercowym, w drugim serce pozostaje prawie nietknięte, rzucają nowe światło na przyczyny tej dotychczas niewyjaśnionej różnicy.

Praca, dokonana w Zakładzie patologii ogólnej Uniw. Jagiell. odznacza się rozumnym układem i jasnem przedstawieniem rzeczy; język wogóle poprawny, gdzieniegdzie jednak nie wolny od drobnych usterek (np. „śledząc za przyczyną“, „u gorączkujących z powodu przebywania chorób“, „mam do zawdzięczenia“ zam. „zawdzięczam“, i dość często budowa zdań niepolska, przeładowana rzeczownikami).

Ciechanowski.

V. Wyciągi.

Mairet & Bosc: **Badania nad działaniem przysadki mózgowej** (*hypophysis cerebri*). (*Archives de Physiologie* 1896. Nr. 3). Badania autorów, dotyczące jadowitości (toksyczności) moczu, dotkniętych padaczką, wykazały, że mocz uzyskany przed napadem, jest bardziej trujący, niż po napadzie, i że w ogóle mocz dotkniętych padaczką łatwiej wyzwala ogólne kurcze u zwierząt do doświadczeń użytych, niż mocz prawidłowy. Z tego powodu należało poszukiwać, czy napady padaczki nie powstają w skutek działania jakiejś trucizny, wytwarzanej za pośrednictwem tzw. „wydzielania wewnętrznego“ w organach gruczołowych dotychczas dokładnie nie zbadanych. Jednym z nich jest przysadka mózgowa, której znaczenie fizyologiczne dotąd nie jest znane; obserwowany przez Mariego przerost jej w przypadkach akromegalii, spostrzegane po jej usunięciu przypady, podobne do przypadów, powstających po usunięciu całkowitem gruczołu tarczykowego, zwróciły w ostatnich czasach ogólniejszą uwagę i dały powód do przypuszczeń, że rola jej w ustroju pokrewną jest roli gruczołu tarczykowego. Do doświadczeń swoich na licznym szeregu zwierząt i do prób na ludziach zdrowych i na 6 osobnikach, padaczką dotkniętych, używali autorowie rozmaitych wyciągów z przysadki mózgowej wołu, wstrzykiwanych podskórnie, do jamy otrzewnowej lub wprost do żył, wreszcie podawanych z pokarmami. Wstrzykiwania podskórne i wprowadzanie do przewodu pokarmowego nie wywołały u ludzi zdrowych i u zwierząt wybitniejszych objawów, oprócz małych podwyższeń ciepłoty ciała i nieznacznych zaburzeń w trawieniu; wstrzykiwania wśródżylne wywoływały u zwierząt śmierć w skutek ogólnych zakrzepów, tak samo, jak wśródżylne wstrzykiwania surowicy krwi; różnicę stanowiło zjawianie się wybitnej „*myosis*“. U dotkniętych padaczką wprowadzenie do ustroju przysadki mózgowej nietylko nie zmniejszało ilości napadów, ale nawet zdawało się je zwiększać. Dość często natomiast zjawiały się u takich chorych w 3 do 4 dni po podaniu przysadki mózgowej z pokarmami napady obłędu, niekiedy posiadające cechy czegoś odrębnego, bo występujące u chorych, u których ich nigdy przedtem w ciągu wieloletniej obserwacyi nie zauważono. Wobec tego autorowie przypuszczają, że pomiędzy takimi napadami, a podawaniem przysadki mózgowej zachodzi pewien związek przyczynowy. *Ciech.*

Argonin, nowy środek przeciwrzeżączkowy. (*Wiener. Medic. Blätter* 9. Juli 1896). Argonin, wynaleziony przez prof. Röhmanna i Dr. Liebrechta we Wrocławiu, jest połączeniem kazeiny z metalem; przedstawia się on jako proszek biały, który się przy ostrożnem wygrzewaniu w łaźni wodnej rozpuszcza, najwyżej w stosunku 10·0: 100·0. Rozczyn oddziaływa obojętnie i 15 gramów argoninu zawiera tyle srebra, ile go ma 1 gram azotanu srebrowego. Rozczyny tego przetworu dają ze solą kuchenną, lub z białkiem, osady. Własności chemiczne, opisane zostały przez Liebrechta (*Therap. Monatsh.* Juni, 1895). Jadassohn wprowadził ten lek w użycie: mianowicie znalazł on, że argonin zabija szybko gonokoki i w znacznej liczbie przypadków doszczętnie je usuwa. Stroną dodatnią argoninu jest: że działa nie drażniąco, nie wywołuje zapalenia, a stósowany nawet w zupełnie ostrych przypadkach, nabawia chorych tylko nic nie znaczących bólów. Własności ściągających zdaje się jednak argonin nie posiadać. Podobne wyniki osiągnęli również Dr. Bender w Metz i Dr. Artur Lewin na poliklinice Prof. Posnera w Berlinie. Ten ostatni przychodzi do wniosku, że argonin nie wywołuje nawet silniejszego zadrażnienia, a szybko zabija gonokoki; w przypadkach zaś nieżytowych działa mniej skutecznie, tak, że zastósowanie następowe środków ściągających jest konieczne.

Przy przygotowaniu tego przetworu kładzie się głównie nacisk na równomierne ogrzewanie, albowiem przy nagłem ogrzaniu powstają osady, które działanie lecznicze obniżają.

Lewin, jak i Jadassohn, stósowali rozczyny 3: 200 i polecali wstrzykiwać 5 razy dziennie po 10·0. Płyn wstrzyknięty zatrzymuje się w cewce 5 minut (według Jadassohna 10 minut). W przeważnej liczbie przypadków znikały gonokoki po 2 do 6 dniach, użaleń jednak na bóle lub drażnienie nie było.

Po odstawieniu argoninu usuwano końcowy wypływ z cewki wstrzykiwaniami rozczynu *Zinci sulphocarbol.*, lub innymi środkami.

Argonin nadaje się zatem do stósowania w przypadkach świeżych, albowiem co do działania w przypadkach przewłocznych, brakuje jeszcze doświadczeń.

Dr. Adam Dobrowolski.

Pariser (Berlin): **Kolka wątrobowa na tle nerwowem.** (*Wiener Mediz. Blätter*, Juli, 1896). Pariser spostrzegał w ostatnich trzech latach siedm przypadków rwy wątrobowej. Nie jest ona wcale rzadkiem cierpieniem, lecz raczej mało znanem i zapoznanem. Zapoznanie powstaje prawie zawsze w skutek przesądzonego rozpoznania kamicy żółciowej. Pariser widział nawet jeden przypadek rwy, który operowano. Napad rwy wątrobowej prawie że w niczem nie różni się od objawów napadu kolki wątrobowej.

Fürbringer podaje, że największe nasilenie bólu przy rwie wątrobowej umiejscawia się ściśle w samej wątrobie, podczas gdy przy kolce wątrobowej, rozgałęzienia bólu są o wiele dotkliwsze. Pariser poświadcza to twierdzenie w ogólności, chociaż widział on i wyjątki od tej reguły. Napad rwy trwać może od kilku minut, do czterech godzin i dłużej; tak napad neuralgiczny jak i napad kolki wątrobowej może zakończyć się wymiotami; nawet i żółtaczka może przy rwie wystąpić. Do istoty rwy wątrobowej należy prawie zawsze regularny odstęp czasu między napadami, a u kobiet stoi w związku z miesiączką. Rwa wątrobowa należy do nerwic trzewowych, o podstawie histerycznej lub neurastenicznej. Terapia rwy wątrobowej polegać musi na leczeniu niedomogi nerwowej; główny nacisk kładzie się na wzmocnienie sił, z możliwem unikaniem czynników wywołujących napady. Z leków kojących Pariser zaleca *extr. cannab. ind.* po 0·01—0·02 3 razy dziennie, i nadmienia, że rwa wątrobowa jest cierpieniem długo trwającem i uporczywem. W zakończeniu podaje Pariser zarysy historyi rwy wątrobowej.

Dr. Adam Dobrowolski.

Dr. F. Währmann: **O wolu śródpiersiowym** (*Struma intrathoracica*). (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* T. 43, str. 1—117). Jest to obszerna monografia opracowana na podstawie 91 przypadków, zebranych przeważnie z literatury, gdyż autor przytacza tylko cztery nowe, jeszcze nie ogłoszone spostrzeżenia.

Pod nazwę *struma intrathoracica* podciąga autor każdy wól, który wchodzi do otworu piersiowego górnego, bez wzglę-

du na to, czy równocześnie istnieje wól na szyi, czy też nie i, czy wól w klatce piersiowej stanowi guz oddzielny, lub też pozostaje w związku z takimże guzem na szyi.

Zestawiając statystycznie obok siebie owe przypadki, układa W. całe kolumny liczb, z których ważniejsze wyjmujemy. Ogółem, wśród tych 91 woli śródpiersiowych było 75 łagodnych, 16 zaś złośliwych. Najpierw zajmiemy się postacią łagodną. Co się tyczy wieku chorych, to ten wahał się w bardzo szerokich granicach. Opisywano bowiem wól śródpiersiowy u noworodka i u kobiety 84-letniej. Najczęściej jednak wiek chorych wynosił 40—50 lat. Znaczniejszej przewagi jednej płci nad drugą zauważyć nie można. Kiedy bowiem u mężczyzn występuje w 47·5%, to u kobiet w 52·6%. Średnia zaś częstość wszystkich przypadków wola wynosi 8·6%.

Z dalszych zestawień autora wynika, że punktem wyjścia dla wola śródpiersiowego równie często jak węzina (*isthmus*), bywają naprzemian i oba płaty. Najmniej istnieje spostrzeżeń, w którychby z obu płatów jednocześnie wyrastał wól śródpiersiowy.

Co się tyczy budowy histologicznej, to łagodna postać wola śródpiersiowego nie różni się od budowy zwykłego wola. Lecz pod względem anatomo-patologicznym inaczej przedstawiać się będą dalsze jego części.

Wól śródpiersiowy istnieje równocześnie z wolem na szyi w 85% i zwykle bywa tak, że gdy wychodzi z węziny (*isthmus*), to leży w linii środkowej, a gdy z płatów bocznych, to zbacza od tejże linii. Stosunki topograficzne w obu przypadkach będą różne, a Wölfler tak je określa: 1) gdy wól śródpiersiowy leży w linii środkowej, wtedy graniczy od przodu z rękojeścią mostka, od tyłu z tchawicą, a od dołu z żyłą bezimienną lewą, łukiem tętnicy głównej i tętnicy bezimiennej, a zatem wól leży ponad i przed dużemi naczyniami; 2) kiedy zaś leży na boku od linii środkowej, wtedy ma naczynia przed sobą i guz przytyka ku tyłowi do kręgosłupa i przełyku, na wewnątrz do tchawicy, na zewnątrz do opłucny ściennej, ku przodowi zaś do tętnicy dogłowowej wspólnej, względnie do tętnicy bezimiennej i takiejże żyły. Stosunki te są bardzo ładnie uwidocznione w atlasie Braunego.

Wielkość tych guzów bywa nader różną, raz rozmiarami swymi odpowiadają zaledwie objętości jaja kurzego, a innym razem zajmują całą połowę klatki piersiowej.

Zależnie od wielkości różne też bywają następstwa tego guza, do których autor zalicza ucisk i przemieszczenie tchawicy, krtani, głównych oskrzeli, przełyku; nader wybitnym bywa czasami ucisk na płuca, zwłaszczcza na płat górny tak, że powstaje w nim nietylko niedodma, ale i zwyrodnienie łączno-tkankowe.

Tu i owdzie w historyi chorób znajdują się niewyraźne wzmianki o ucisku naczyń sąsiednich, o przemieszczeniu i przeroście serca, o uciśnięciu i następowem zwyrodnieniu pni nerwowych. W 2 przypadkach można było wykazać zależność bocznego skrzywienia kręgosłupa od istniejącego wola śródpiersiowego.

Zazwyczaj znajdujemy jeden guz, wyjątkowo dwa lub trzy, a wtedy bywa tak, że jeden guz wychodzi z węziny, drugi z jednego z płatów bocznych.

Wól rozwija się śródpiersiowo dzięki 1) wrodzonemu, nizkiemu umieszczeniu gruczołu tarczykowego, 2) istnieniu dodatkowego dolnego gruczołu tarczykowego (Gruber), 3) lub też rozwija się z wrodzonych rogów dolnych płatów lub węziny (*isthmus*) (Kaufmann).

Objawy tego cierpienia, na jakie chorzy się uskarzają, mogą być przeróżne, jak to już z tego wywnioskować można, cośmy o anatomii patologicznej powiedzieli. Duszność ciągła, potęgująca się znacznie skutkiem znacznych przyczyn okolicznościowych, panuje nad wszystkimi innymi. Wyjątkowo, wśród napadu duszności, może nastąpić śmierć. Niekiedy spostrzedz można niezwykle niskie ustawienie krtani. Z zaburzeń w narządzie krążenia napotykamy: rozszerzenie żył klatki piersiowej, szyi i twarzy; sinicę twarzy, wysadzenie ócz (*exophtalmus*), obrzęki, przekrwienie mózgu, zdradzające się szumem w uszach, zawrotem i t. p. Kołatanie serca nie należy również do wyjątków.

Często stosunkowo widziano porażenie nerwu zwrotnego. A jako następstwo zadraźnienia nerwu współczulnego spostrzegano nierówność źrenic. W dwóch przypadkach istniały wyraźne objawy ucisku zwoju barkowego, t. j. cierpnięcie kończyny. Niekiedy widziano znaczne zniekształcenie kośćca klatki piersiowej.

Rozpoznanie (nie zawsze łatwe i możliwe) opierać się winno w czystych przypadkach wola śródpiersiowego, głównie 1) na objawach zwężenia tchawicy, obok odpowiednich dat wywiadowych, 2) na nizkiem ustawieniu krtani, 3) na wykazaniu guza o zbitości miękkiej, elastycznej, wyczuć się dającego w głębi dołka nadobojczykowego, poruszającego się przy kaszlu i połykaniu; obok tego stłumienie (czasem o charakterystycznym kształcie) z przodu i góry na klatce piersiowej, 4) na często obok tego wykazać dającym się braku odpowiedniej połowy gruczołu tarczykowego na wysokości krtani, z odpowiedniem zaciągnięciem łagodnem skóry między m. mostko-sutko-obojczykowym a krtanią. Te główne objawy, obok innych przypadkowych, poprzednio wyliczonych, uczynią rozpoznanie w wielu przypadkach bardzo prawdopodobnem.

Jeszcze bardziej zaciemniają się i tak już niejasne stosunki, gdy obok wola śródpiersiowego, znajduje się wól na szyi. Wtedy często trudno od pomyłki uchronić się wobec niestosunku między objawami przedmiotowymi a podmiotowymi.

Cierpienie to dało powód do licznych omyłek rozpoznawczych. I tak, tam gdzie był wól śródpiersiowy rozpoznawano: cierpienie mózgu, tętniak tętnicy głównej, nowotwór złośliwy oskrzeli, zapalenie osierdzia i mięśnia sercowego, guzy w śródpiersiu i t. p.

W miejsce rokowania podajemy wynik leczenia wola śródpiersiowego w znanych z wyniku 50 przypadkach:

a) 15 razy leczono symptomatycznie, — ogólny wynik był śmiertelny.

b) 5 razy podawano jod, z dobrym wynikiem 4 razy, a raz było zejście śmiertelne.

c) Punkcyę wykonano w 3 przypadkach, raz wynik dobry, 2 razy nastąpiła śmierć.

d) Raz wykonano nakłucie i następowe wstrzyknięcie jodu — z wynikiem śmiertelnym.

e) 2 razy zastósowano z dobrym wynikiem uniesienie wola i ustalenie go na szyi (Bonnet).

f) Tracheotomia wykonana 3 razy nie zapobiegła w 2 przypadkach zejściu śmiertelnemu.

g) Wycięcie uskuteczniono 27 razy i zanotowano 21 wyleczeń, a 6 śmierci (z przyczyny następowych krwotoków, zapalenia płuc i niezależnie od operacyi pęknięcia tętniaka i ucisku gruczołów limfatycznych na tchawicę i n. błędny).

Jak już z poprzedniego zestawienia wynika, najodpowiedniejszem leczeniem zdaje się być podawanie jodu i wyłuszczanie guza. Przy wyłuszczaniu Kocher zaleca cięcie skórne „kołnierzykowe“, t. j. ponad obojczykami i ponad dołkiem nadobojczykowym, a po przecięciu warstw powierzchownych i przyczepów m. mostko-obojczyko-sutkowego najlepiej guz wyłuszczyć śródtorebkowo (*Porta-Socin*). Krwotok bywa nieznaczny. Wyjątkowo tylko, celem podwiązania broczących naczyń, uciekać się trzeba do częściowego wypiłowania obojczyka i mostka.

Na tem kończy autor rzecz o wolu śródpiersiowym dobrotliwym, a potem na kilku następnych stronicach, podręcznikowo, traktuje wola złośliwego.

Przedewszystkiem zwraca W. uwagę na niezwykłą częstość złośliwości tych guzów, gdyż w jego statystyce wola śródpiersiowe złośliwe wynoszą 17·5%. Przyczynę tego upatruje: w łatwych do pojęcia zaburzeniach w krążeniu, w ucisku narządów sąsiednich, i w możliwem uwięznięciu tych guzów w otworze górnym klatki piersiowej. Wiek chorych (średnio)

poza 50-tym rokiem życia. Raz zdarzył się mięsak u mężczyzny 22-letniego.

Anatomicznie był w 4 przypadkach mięsak, a 11 razy rak. Dziesięć razy równocześnie istniał wól na szyi, a z tego 6 razy również był złośliwy.

Guz taki leży zwykle przed tchawicą i nietylko uciska i przemieszcza narządy sąsiednie, ale także zrasta się z niemi i przerasta je.

Rozpoznanie napotyka zwykle na niemałe trudności, dzięki niejasnym objawom. W rozpoznaniu kierować się należy dotychczasowym przebiegiem (zwykle objawy od niedawna przybrały groźniejszą postać), częstemi trudnościami w połykaniu, bólami, krwotokami i t. p. Bardzo pomocnemi w rozpoznaniu bywają: charłactwo i zajęcie gruczołów chłonnych.

Że rokowanie jest prawie bezwzględnie złem i że tylko wyłuszczenie stanowi jedyny, ale też niemal niewykonalny zabieg leczniczy, nie trudno odgadnąć. Dotychczas jedynie Kaufmanowi udało się wyoperować jeden przypadek wola śródpiersiowego złośliwego i to z dobrym wynikiem. Tam jednak były niezwykle korzystne warunki. Gdyby jednak kto odważył się w tych przypadkach na zabieg operacyjny, należałoby mu doradzać wstępne wypiłowanie rękojeści mostka (Bardenheuer). *Dr. Herman.*

A. Mackenrodt: **O otwieraniu jamy otrzewnej przez tylne sklepienie pochwy.** (*Samlung klinischer Vorträge von Volkmann.* Nr. 156, 1896.). Na podstawie 40 przez siebie operowanych przypadków, z których 22 historye chorób razem ogłosił, zaleca autor gorąco otwierać jamę otrzewnową przez tylne sklepienie zamiast, jak to w ostatnich czasach powszechnie radzą, przez przednie. Wykonując bowiem *coeliotomiam vaginalem anterior* musimy podjąć żmudny zabieg odłuszczenia pęcherza moczowego od macicy, a następnie musimy cały trzon macicy wydobyć na zewnątrz, przy czem ściana przednia macicy licznym ulega obrażeniom, operując zaś przez tylne sklepienie tego wszystkiego unikamy.

Najważniejszem i, na co autor największy nacisk kładzie, jest to, że operując przez tylne sklepienie i, wprowadziwszy dwa palce, a w razie potrzeby nawet całą rękę przez zatokę Douglasa do jamy otrzewnowej, możemy operować, a więc rozrywać lub odłuszczać zrosty i t. d. oburęcznie, uciskając i przeciwdziałając ręką zewnętrzną przez powłoki brzuszne. Jeżeli założenie podwiązek jest bardzo utrudnionem, to możemy, operując przez tylne sklepienie, założyć „pinces„ na stałe, lub też w razie krwawienia tamponować. Po ukończeniu operacyi musimy przy otwieraniu otrzewny przez sklepienie przednie dodatkowo zrobić *vaginofixationem uteri*, lub też zespoić tylną ścianę pęcherza dokładnie z macicą, co wcale nie jest łatwem; operując zaś przez sklepienie tylne, unikamy tego, a natomiast można w przypadkach, w których istnieje obawa zakażenia otrzewny, zapewnić sobie odpływ przez założenie paska gazy do *cavum Douglasi.*

Przebieg operacyi: Bardzo staranne oczyszczenie i odrażenie powłok brzusznych (aby ręka zewnętrzna nie stykała się z powierzchnią nieoczyszczoną) sromu, przedsionka i pochwy. W razie potrzeby wyskrobanie wnętrza macicy, lub wypalenie owrzodzeń na części pochwowej.

Uchwycenie szczypczykami części pochwowej i uniesienie jej mocno ku górze. Przecięcie sklepienia tylnego przez cięcie poprzeczne lub podłużne, albo w razie potrzeby przez jedno i drugie, tak aby przynajmniej dwa palce wygodnie wprowadzić się dały, obmacanie, uwolnienie ze zrostów części dodatkowych lub tumoru i t. d., wydobycie tychże palcami lub za pomocą kleszczyków na zewnątrz od pochwy, podwiązanie, odcięcie, odprowadzenie kikuta, zeszycie całkowite albo tylko częściowe otrzewny i sklepienia tylnego, tampon uciskowy mały do tylnego i przedniego sklepienia. Czwartego dnia tamponiki i pasek gazy założony do *cavum* Douglasa zmienia się, tak samo następnie ósmego dnia, a w razie potrzeby i więcej razy. Zwykle po dwu tygodniach rana w pochwie jest już zupełnie zgojoną, operowane mogą wstać z łóżka.

Ponieważ w ten sposób wykonana operacya jest mniej od innych niebezpieczną, a przez łatwiejszy dostęp można w ten sposób nawet wielkich rozmiarów guzy operować, przeto zdaniem autora *coeliotomia vaginalis posterior* powinna być o ile możności jak najczęściej stosowaną. *Dr. Kośmiński.*

Abadie: **O śluzoropotoku noworodków. Powikłania wywołane niewczesnem leczeniem. Zapobieganie.** (*Rev. des mal. de l'enfance.* Lipiec, 1896). Już przed autorem Romiée spostrzegał kilka przypadków ropnego zapalenia oczów u noworodków z ciężkiemi powikłaniami rogówkowemi, powstałymi skutkiem niestosownego leczenia. Występują one, jeśli obok przyżegań rozczynem azotanu srebrowego, użyje się przemywań sublimatowych, lub co gorsza, gdy się równocześnie będzie jeszcze zasypywać jodoform, bo wtedy powstaje jodek rtęciowy, połączenie silnie drażniące rogówkę. Powikłanie przedstawia się jako rozlane mleczne zaćmienie rogówki w całej jej grubości, ale rzadko w całej rozciągłości; rogówka przytem mięknie i wypukla się. Lekarz może tę zmianę uważać za wynik choroby spojówki i leczenia nietylko nie zmienić, ale przeprowadzać je tem energiczniej, wywołując tem samem powstanie owrzodzeń. Trzeba zatem pamiętać, że wrzody przy śluzoropotoku zdarzają się w przypadkach tylko ciężkich, zaniedbanych i podczas pełnego rozwoju choroby i, że rozpoczynają się żółtawym naciekiem, przechodzącym szybko w rozpad. Tymczasem powikłanie sztucznie wywołane powstaje często wtedy, gdy już choroba spojówki jest podgojona, a wydzieliny ropnej niema i przedstawia się, jako mleczne rozlane zaćmienie bez owrzodzeń. Zresztą w przypadkach wątpliwych należy zawsze, podobnie jak w pewnych, wstrzymać przemywanie sublimatem i ograniczyć się do zapuszczania 1—2 kropel atropiny dziennie. Rokowanie jest dobre.

Co do zapobiegania śluzoropotokowi u noworodków, to prawie zawsze wystarczy, w przypadkach podejrzanych upławów u rodzącej, odrażenie jej części rodnych i obmycie wodą borową twarzy i oczów dziecka, zaraz po urodzeniu. Postępowanie zaś Crédego należałoby ograniczyć do wypadków, gdzie odrażenie matki nie da się należycie przeprowadzić. Wkroplenie bowiem 2% rozczynu kamienia piekielnego może, drogą chemicznego podrażnienia, wywołać zapalenie spojówki, a nieodpowiednie jego leczenie dać powód do powstania powikłań rogówkowych. *Dr. Lewkowicz.*

F. Voigt: **Wprowadzanie pożywek do ustroju drogą podskórnego wstrzykiwania.** (*München. med. Wochenschrift*, Nr. 31 1896). Już dawno próbowano odżywiać chorych, nie mogących jeść, podskórnemi wstrzykiwaniami pożywek płynnych, zamiast żywić ich lewatywami. Próby te jednak zawiodły, i dopiero Leube przedsięwziął w ostatnich czasach badania w tym kierunku na zwierzętach, z których się okazało, że wychudzone zwierzę można odżywić przez podskórne wstrzykiwanie płynnych tłuszczów. V. przedsięwziął dalsze próby w tym kierunku, posługując się innemi pożywkami. Doświadczenia V. wykazały, że 10% rozczyn cukru można wstrzykiwać bez szkody człowiekowi do ilości 1000 ctm.^{3}. Po wstrzyknięciu powstaje lekkie pieczenie, czasem podwyższenie ciepłoty na czas krótki do 38°. V. wstrzykiwał w uda, posługując się igłą miernie grubą, z dopasowaną rurką kauczukową, zaopatrzoną u góry w lejek. Przyrządzik ten należy, rozumie się, najprzód dokładnie wyjałowić, a nalawszy potem ogrzanego pożywczego rozczynu, wypuścić z rurki i igły powietrze i w zwykły sposób, przez podnoszenie lejka, wprowadzać płyn pod skórę. Przy wprowadzaniu większej ilości łączył V. dwie igły z rurką szklaną, kształtu litery **T**, tak że równocześnie w oba uda wstrzykiwał. W przeciągu 15—20 minut można w ten sposób litr płynu wstrzyknąć. Po dokonanem wstrzyknięciu uciska V. miejsce nakłócia lekko opaską i daje okład lodowy. Przy

mniejszych ilościach wstrzykniętego cukru nie mógł wykazać V. cukrzycy moczowej; dopiero po 1000 ctm.^{3} 10% roztworu = 100 gr. cukru, pojawił się cukier w moczu w ilości 2·6 gr. V. nie wyciąga na razie z doświadczeń tych żadnych praktycznych wniosków, odkładając takowe do dalszych doświadczeń na chorych, połączonych z badaniem zachowania się wymiany materyi, uważa jednak wyniki dotychczasowe za bardzo zachęcające do dalszych prób. *Roż.*

Thoizon: **Przegląd środków i leków używanych w niestrawności i w nieżycie jelit u osesków.** *(These de Paris,* 1896 r.). W krytycznym przeglądzie środków leczniczych trzyma się autor coraz więcej rozpowszechniającego się podziału chorób przewodu pokarmowego u osesków na niestrawność i nieżyt jelit, rozróżniając w pierwszej i drugiej postaci stany ostre i przewlekłe, innemi słowy: rozróżnia on obok swoistych spraw chorobowych przewodu pokarmowego (cholera, czerwonka, gruźlica jelit i t. d.), tylko *dyspepsia acuta et chronica*, *gastroenteritis acuta et chronica.*

Po wstępnych uwagach o żywieniu dzieci zdrowych, przechodzi T. do dyety w stanach chorobowych i tutaj na pierwszem miejscu, wobec spraw ostrych, kładzie dyetę wodną; wiadomo jak wielkie ilości wody traci ustrój dziecka w ostrym nieżycie jelit (Baginsky oblicza tę ilość na 1·000 do 1·500 gramów na dobę), pierwsze wskazanie więc jest ten ubytek wody wynagrodzić. W tym celu radzą jedni podawać odwar z ryżu, lub wodę białkową. T., wychodząc z założenia, że płyny zawierające skrobię lub białko, sprzyjają gniciu w kiszkach, poleca podawać czystą wodę przegotowaną, względnie odwar herbaty, rumianku, lub wody gazowe. Ubytek wody wynagrodzić także można wlewaniami większych ilości wody do jelit *per rectum*, lub też podskórnemi wstrzykiwaniami fizyolog. roztworu soli kuchennej.

Wysoko między środkami leczniczymi stawia kąpiele i radzi stósować, w postaciach ostrego nieżytu jelit połączonych z gorączką, kąpiele letnie o ciepłocie 22° C., w postaciach zaś z zapadem *(algid)*, kąpiele gorczycowe o ciepłocie 38° C., 2—4 razy na dobę.

Dalszym wskazaniem wobec spraw chorobowych w przewodzie pokarmowym jest opróżnienie żołądka i jelit z pokarmów, w tym też celu posługują się jedni środkami przeczyszczającymi (Filatow podaje rzewień 0·04 — 0·06), inni radzą przepłukanie żołądka za pomocą zondy, której, w położeniu dziecka na prawy bok, wprowadza się około 18 cm. głęboko. W formie zapadowej należy przepłukiwać żołądek wodą letnią, w formie połączonej z gorączką wodą zimną; postępowanie to, obok tego, że usuwa części pokarmu niestrawione, pobudza nadto błonę śluzową żołądka do wydzielania kwasu solnego, który działa antyseptycznie. Do przepłukiwania używają azotanu srebrowego w znacznem rozcieńczeniu, będźwinianu sodowego, wodę Vichy — lub czystą wodę przegotowaną. Zdaniem Baginskyego i Troickiego jest to najlepszy sposób leczenia wymiotów.

Doniosłe znaczenie mają także przepłukiwania jelit odpowiednią sondą, na 30 cm. głęboko wprowadzoną, płynami odkażającymi, lub ściągającymi. Marfan wypłukuje jelita w ostrym nieżycie po każdym oddanym stolcu.

Przechodząc do leków właściwych, poświęca pierwsze miejsce kalomelowi, który odpowiednio zastósowany, jest dzielnym czynnikiem w terapii, chociaż sposób jego działania nie jest dotąd wyjaśnionym. Z kwasów, przeważna część pedyatrów stosuje kwas mlekowy 1%, lub kwas solny, przypisując im własności zabijania drobnoustrojów, będących przyczyną biegunki. (Można także podawać kefir, który zawiera kwas mlekowy i alkohol). Z całego szeregu innych wyszczególnionych leków, podnosi antipirinę, ktora w dawce 0·25 działa kojąco. Co do używania makowca przeciwstawia autor różne zdania zwolenników i przeciwników stósowania tego leku i zdaje się przychylać do zapatrywań Marfana, który nie wyrzuca makowca z zakresu środków stósowanych u dzieci, poniżej pierwszego roku życia. *Dr. R.*

VI. KORESPONDENCYE

Warszawa 18. Sierpnia 1896.

Zwiedzając w dalszym ciągu Wystawę, nie możemy pominąć działu higieny ludowej. Nie było go na zeszłej wystawie, zatem jest to nowość, a jak każda rzecz nowa, nie wolna od usterek i błędów. Usiłowań i pracy wiele, ale wynik nie zupełnie zadowalniający.

Członkowie t. z. komitetu ludowego Wystawy zbierali się w ciągu 2-ch lat często, a jeszcze częściej obrady ich były przedmiotem wzmianek dziennikarskich, to też spodziewać się można było po przedwstępnych naradach, jeśli nie skończonej całości, to przynajmniej chociaż znośnego oddziału Wystawy. Tymczasem prócz budownictwa, które uwzględniono stosunkowo dobrze, nie znajdujemy ani jednego działu higieny, opracowanego tak jakby należało.

Bo n. p. higiena odżywiania, gdyby nie eksponat p. Prószyńskiego, redaktora *Gazety Świątecznej* (pismo ludowe), byłaby przedstawioną na Wystawie przez Dra Peltyna, którego tablice mogą mieć wartość względną dla obznajmionych już z przedmiotem.

Toż samo da się powiedzieć o higienie odzieży; brak jej zupełny, toć przecież nie podobna za eksponat, mający związek z higieną, uważać wystawy ubiorów chłopskich z różnych okolic kraju.

Materyał właśnie zebrany w tym dziale dowodzi, iż nie brakło ludzi interesujących się tą sprawą, natomiast brak było umiejętnego dla nich kierunku. Kierunku tego nie mógł nadać ani prezes, ani sekretarz sekcyi, dla tej prostej przyczyny, iż są dyletantami w tej kwestyi. Napisanie kilku broszur nie może być przecież miarą uzdolnienia w tak ważnych sprawach.

Lecz mniejsza z tem, nie o krytykę tego działu mi chodzi, a o niepotrzebny hałas, jaki podjęto przed Wystawą, aby później dać rzecz nieobmyślaną dostatecznie i niewystudyowaną. Takim jest głos zwiedzającego ogółu.

Ratują nieco sytuacyę, jak mówiłem, budynki. Więc dano model naturalnej wielkości chaty wiejskiej, model który w praktyce z łatwością może być zastósowany, a jednocześnie odpowiada wszelkim warunkom higieny.

Model domku robotniczego, budowany z cegły z dachem płaskim i bez piwnic, jest dziełam bud. Goldberga, na nowych opartym zasadach, które potrzebują jeszcze sprawdzenia w praktyce. Domek ten ma ściany podwójne, dobrą wentylacyę i ogrzewanie, piece urządzono z wierzchem stożkowym, aby pył nie mógł się zbierać w zagłębieniu i t. p.

Rzeźnia miejska i łaźnia odpowiadają swemu przeznaczeniu, wolelibyśmy może jednak dla kąpieli ludowych raczej ciepły natrysk, niż łaźnię, do której większa część naszej ludności zupełnie nie jest przyzwyczajona.

Nie będę naturalnie wspominał o tego rodzaju eksponatach, jak zebranie guseł ludowych, okazy komitetu damskiego Tow. ochrony zwierząt i t. p.; są to bowiem okazy, luźny mające związek z higieną, muszę jednak zaznaczyć mapę Dra Dobrzyckiego szpitali w Królestwie, oraz Dra Klamera statystykę sanitarną gminy Bełżyce. Skromna ta praca winna znaleźć między prowincyonalnymi kolegami naśladowców, a wtedy naprawdę byśmy coś o zdrowiu ludu wiedzieli.

O wiele systematyczniej urządzono Wystawę higieny wychowawczej. Znać tu plan z góry obmyślany i wykonany Higienę niemowlęcia opracował kol. Kramsztyk, dając model pokoju dla dziecka do roku, pokarm naturalny przedstawił kol. Fruchtmann, sztuczny kol. Bączkiewicz, higienę podrzutków w domu wychowawczym kol. Anders i Kamieński. Pokój dla dzieci do lat 6, oraz zajęcia fröblowskie, pokój dla dzieci starszych i zabawy dziecięce, są zasługą kółka kobiet dobrej woli, również kobietom zawdzięczamy higienę szkolną. P. L. Rudzka dała tak wzorową klasę, uwzględniając najdrobniejsze szczegóły higieny, że na wyróżnienie zasługuje. Inne pensyonaty wstąpiły w jej ślady (Łapińska, Porazińska).

Skromnie się przedstawiają wystawy takich instytucyj, jak kolonie letnie, Tow. osad rolnych, nieźle wystąpiło Tow. dobr. warsz.

W tym samym pawilonie p. Kuczalska dała obraz gimnastyki szwedzkiej, a p. Graff wystawił nowe przyrządy gimnastyczne. Na szczycie pawilonu wychowawczego, niesłusznie gimnastycznym zwanego, urządzono stacyę meteorologiczną, a w oddzielnym pokoju gabinet antropologiczny, który ma być przeniesiony do Tow. lek. warsz.

Właściwie na tem kończy się pobieżny przegląd Wystawy. Może warto wspomnieć o niektórych wystawcach prywatnych, jak firma Spiess, która w swoim kjosku dała wystawę dobrych i fałszowanych produktów aptecznych pierwszej potrzeby, jak wielce reklamowane Tow. Vesta, które daje okazy bezdymnych palenisk, jak wzorowa restauracya z kuchnią gazową, jak fabryka kakao na Wystawie (Wedel), wyrób biszkoptów, wreszcie o mleczarni wzorowej (Henneberg); trudno jednak wyliczać setki firm, które mniej więcej z dobrymi wystąpiły eksponatami. Na teraz sądzę dość o Wystawie. Sąd ogólny zastrzegam sobie na później, tembardziej, że i sądzenie okazów jeszcze nie jest ukończone.

Wystawa ma potrwać do 1. Października, Zarząd bowiem ma nadzieję, że odbije sierpniowe niedobory.

Pusto jeszcze teraz w Warszawie, nie ma więc nic ciekawego, o czem bym mógł Wam donieść; może z chwilą gdy Wrzesień zawita, poruszy się jakoś w naszym małym światku. *Dr. Ignotus.*

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy list następujący:

Do Wielmożnych PP. kolegów wysyłających swych chorych do Zakopanego.

W celu zadośćuczynienia §. 10 regulaminu dla lekarza stacyi klimatycznej w Zakopanem, wydanego przez c. k. Namiestnictwo, w myśl §. 11 ustawy krajowej z 24 Listopada 1891., a który brzmi: „Nie mniej jest on (t. j. lekarz stac. klimat.) obowiązany zbierać spostrzeżenia co do wyników leczenia różnych chorób w stacyach klimat. w różnych porach roku i s p o s t r z e ż e n i a s w e p o d a w a ć d o w i a d o m o ś c i l e k a r z y“, a przedewszystkiem uznając doniosłość i pożytek statystyki prowadzonej przez szereg lat, opartej na wielkiej liczbie rzetelnie spostrzeganych faktów, mam zaszczyt prosić Wielmożnych Kolegów o łaskawe wypełnienie dołączonego do dzisiejszego numeru „*Przeglądu*“ szematu. Tylko w ten sposób, zdaniem mojem, wyrobić sobie można prawdziwe pojęcie o leczniczych własnościach klimatu Zakopańskiego, a zarazem doświadczenie jednostek uczynić dostępnem całemu ogółowi lekarzy. Podobne odezwy umieszczone zostały we wszystkich pismach lekarskich polskich, wychodzących w Galicyi, Królestwie Polskiem i Ks. Poznańskiem, a szematy rozesłane zostały za łaskawem pośrednictwem tychże pism. Upraszam o nadesłanie wypełnionych szematów w miesiącach Marcu i Październiku każdego roku, a zarazem proszę o zanotowanie na odwrotnej stronie szematu uwag, co do wad, lub potrzebnych zmian w załączonym szemacie, uwagi te przyjęte będą z wdzięcznością a stosowne zmiany, wedle możności, wprowadzone. Roczne sprawozdania przesłane zostaną tą samą drogą wszystkim kolegom.

Zakopane, 21. Sierpnia 1896 *Dr. F. Janiszewski*

Lekarz stacyi klimat. w Zakopanem.

Umieszczając list powyższy, żywimy nadzieję, że chwalebny krok kol. Janiszewskiego znajdzie naśladowców po licznych i bogatych zdrojowiskach naszych. Wszak i plantator kawy i tytoniu w Nowym świecie, jeśli nie użyźnia gleby życiodajnej, karłowaci plon. Odbierając zdrojowiskom naszym podłoże naukowe, przestając je zasilać pierwiastkiem wiedzy nowoczesnej, dozwalamy poniekąd bujaniu chwastu wszelkiego rodzaju Kneippów i obniżamy w pojęciu ogółu podstawowe znaczenie zdrojowego leczenia.

Słabe obesłanie naszych zdrojowisk w roku bieżącym niech stanie za przestrogę, że tak jak ruch jest objawem i warunkiem wszelkiego życia, tak martwota niechybnie prowadzi do rozkładu i zaniku.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej w Krakowie odbył dnia 24. Lipca b. r. II. posiedzenie, na którem:

1) odczytano i przyjęto protokół z I. posiedzenia (dnia 17. Lipca b. r.);

2) uwolniono 6 lekarzy od opłaty na rzecz Izby;

3) udzielono jednej wdowie po lekarzu 100 złr. tytułem zapomogi;

4) rozpatrywano stosunek lekarzy wojskowych do Izb lekarskich;

5) w sprawie reorganizacyi kas chorych uchwalono przyłączyć się do wniosków komitetu *ad hoc* na ostatnim wiecu Izb wybranego, a zarazem zwrócić przy tej sposobności uwagę na niestosunek między pracą a zapłatą lekarzy kolejowych;

6) nad pismem Dra E. z L., podnoszącem w ogólnych zarysach stosunek c. k. lekarzy państwowych do lekarzy wolno praktykujących, uchwalono przejść do porządku dziennego, z uwagi, że w piśmie tem nie podano faktów, dyskusyi podpadających;

7) sprawę ustanowienia taks za czynności lekarskie postanowiono na razie odroczyć.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 3. Września 1896.

* Czytelnicy *Przeglądu lekarskiego* niezawodnie niezapomnieli doniesienia naszego z przed kilku tygodni o zamierzonem przez francuskie Ciało prawodawcze ograniczeniu praw do praktyki lekarskiej we Francyi nawet tym lekarzom cudzoziemcom, którzy posiadają dyplom francuski. Minister oświaty p. Rambaud, załatwił tę sprawę prostem rozporządzeniem ministeryalnem, w formie okólnika, pomijając Ciało prawodawcze, a tem samem, według ducha prawodawstwa francuskiego, nie zniósł dotychczas obowiązującego prawa z r. 1891, gdyż do tego właśnie potrzebną jest uchwała Ciała prawodawczego.

Według słów okólnika posiadać będzie Francya trzy kategorye medyków cudzoziemców: 1) Takich, którzy przy wpisie złożą oświadczenie, że po otrzymaniu dyplomu nie będą praktykowali we Francyi,

i tych dziekanaty wpiszą bez względu na to, jakie przedstawią papiery; 2) takich, którzy oświadczą, że po otrzymaniu dyplomu, mają zamiar praktykowania we Francyi, i ci poddadzą się ścisłemu egzaminowi przed osobną komisyą z nauk gimnazyalnych, a zatem zdobędą francuskie świadectwo dojrzałości; 3) wreszcie takich, którzy przechodząc szkoły średnie we Francyi, posiadać będą francuskie świadectwo dojrzałości, a zatem mieć będą te same prawa, co i Francuzi.

Dotychczasowa statystyka uniwersytecka poucza, że do pierwszej kategoryi należą przeważnie medycy, pochodzący z półwyspu bałkańskiego, Rumunii, Turcyi i Grecyi; do drugiej głównie bezdomni Polacy, i ta ostatnia okoliczność niech nas tłumaczy, dlaczego po raz drugi w tej sprawie głos zabieramy.

Nie chcemy twierdzić, ażeby nowe rozporządzenie francuskiego ministra oświaty stawiało naszej młodzieży, chcącej dobrowolnie osiedlić się we Francyi i poświęcić się tam zawodowi lekarskiemu, zaporę nie do przebycia: zdolniejsi przemęczą się, ale tem szerszą zdobędą podstawę do przyszłej działalności. Lecz idzie o tych bezdomnych, których bieg dziejów wyrzuca z prawidłowych i przyrodzonych kolei życia, a którzy często, nie znając w tym stopniu języka francuskiego, ażeby zdobyć mogli świadectwo dojrzałości w tej mowie, zmuszeni będą cofać się przed ogromem tego zadania.

Tej ostatniej kategoryi lekarzy, przeciw której, umyślnie lub nie, zwróci się głównie ostrze okólnika ministeryalnego, miała Francya w ostatnich latach 60 mnogą liczbę, a nazwiska: Raciborskiego, Wójcikowskiego, Gałęzowskiego Seweryna, Zaborowskiego, Landowskiego, Gałęzowskiego Ksawerego, Babińsktego niech świadczą przed majestatem historyi, że nie sam tylko chleb, ościsty chleb wygnania, o który dziś głównie chodzi Francuzom, przeżuwali lekarze polacy, losem przykuci do francuskiego żłobu, lecz w pragnieniu szlachetnego wywzajemnienia się, złożyli oni na ołtarzu francuskiego ducha najdroższy skarb, jaki posiadać mogli: „swych myśli przędzę“.

Możemy dziś żywić nadzieję, że po ogłoszeniu okólnika p. Rambaud, uspokoi się dzielnica łacińska, gdzie w ostatnich czasach wrzała dzika agitacya przeciwko medykom cudzoziemcom. Agitacya ta przeniosła się i na prowincyę, zwłaszcza do wszechnicy w Montpellier, w której kilka polek odbywa studya lekarskie; dokuczania i prześladowania wszelkiego rodzaju, w klinikach i pracowniach, są tam na porządku dziennym, i mają stanowić objaw uczuć wrzekomo patriotycznych. Młodzież francuska, w swem zaślepieniu, nie zdaje sobie sprawę, że ten potok nienawiści, sobkostwa i zdziczenia ma swe źródło nad Sprewą i, że te Kainowe hasła rzucił światu tej miary wróg Francyi i jej ducha cywilizacyjnego, jakim jest wynalazca rugów, Otto Bismark. Oni biadają nad utratą Alzacyi i Lotaryngii, a dobrowolnie poddają ducha Francyi pod kandyjskie jarzmo pruskich idei międzynarodowych.

Wiemy, że nowe rozporządzenia ministra Rambaud istnieją *mutatis mutandis* oddawna w innych państwach; wiemy także, że „wolnoć Tomku w swoim domku“; lecz wiemy i to, że siła i chwała Francyi płynęła niegdyś z wniosłych jej zasad altruistycznych, które wsiękły w ustawy państwa. Wolność kształcenia się w zakładach francuskich, której tam użyczano cudzoziemcom, szerzyła ducha narodu francuskiego po obszarach świata; to też w wielkim dziejowym pochodzie cywilizacyjnym Francuzi kroczyli na czele narodów, — a dziś... epigonowie twórców „praw człowieka“ koślawym krokiem zdążają za głosicielami hasła „siła przed prawem“.

Bezprzykładny to i ostateczny pogrom, w którym zwycięzca nietylko zabiera kraje, lecz i wszczepia swoją myśl dziejową w ducha podbitego narodu.

* Doktorowie: Bruner Władysław i Zieliński Edward, mianowani zostali ordynatorami oddziałów wewnętrznych w szpitalu na Pradze.

* Dnia 2. Lipca ubiegło 100 lat od śmierci ks. Krzysztofa Kluka, głośnego przyrodnika zeszłego stulecia. Najważniejszem jego dziełem, mającem i dziś niepospolite dla piszących źródłowe znaczenie, była książka: „Dykcjonarz roślinny“, której 3-cie wydanie wyszło w roku 1849. W dziele tem wiele jest gatunków, opisanych po raz pierwszy przez ks. Kluka.

* W Rydze zamierza ks. Ogiński z Retowa założyć zakład kąpielowy, połączony z hotelem i urządzony według wymagań nowoczesnego komfortu. Nabyta w tym celu wila, posiada wszelkie wymagane warunki, ma ozdobny park i znajduje się w miejscowości odpowiedniej.

* Prof. Sikorski (w Kijowie) umieścił w czasopiśmie przez siebie wydawanem pracę, pod tytułem: „Samobójstwa wśród lekarzy rosyjskich“. Z statystycznego wywodu prof. S. wynika, że samobójstwa wśród lekarzy rosyjskich są o 21 razy częstsze, aniżeli między ludnością innych zawodów; a jeśli z tej ostatniej kategoryi na jeden milion kończy samobójstwem 30 osób, to wśród lekarzy ilość tę przedstawia pokaźna liczba 631. Na 10 lekarzy, umierających między 25 a 30 rokiem życia, jeden kończy samobójstwem. Prof. S. wyjaśnia ten smutny stan rzeczy, wbrew powszechnemu mniemaniu, złym stanem ekonomicznym lekarzy rosyjskich.

* Nowe rozporządzenie francuskiego ministra oświaty, utrudniające cudzoziemcom, posiadającym dyplomy francuskie, praktykę lekarską we Francyi, mówi tylko o medykach, a zupełnie przemilcza o kategoryi lekarzy, którzy przybywając do Francyi z dyplomami zagranicznymi, nabywają przez nostryfikacyę praw do praktyki lekarskiej.

* W Sydney lekarz wezwany do sądu, jako świadek, nie chciał przy przysiędze pocałować ewangelii z obawy zakażenia się. Trybunał obszedł tę niespodziewaną trudność, każąc podać zupełnie nowy egzemplarz Pisma Świętego.

* Lekarski Angielski Związek liczy 15.669 członków. Dochody jego wynoszą rocznie 38.309 funtów szterlingów.

* Dr. Babiński przedstawił stowarzyszeniu paryskich lekarzy szpitalnych chorą z połowiczym zanikiem języka, w skutek dawniejszego zranienia nerwu podjęzykowego. Pomimo znacznego zaniku mięśni językowych, połykanie i artykulacya słów były w tym stopniu nienaruszone, że to zboczenie zostało tylko przypadkiem dostrzeżone. Przy ściślejszem badaniu okazało się, że ruchy języka we wszystkich kierunkach były mniej rozległe; lewa połowa jego znacznie mniejsza od prawej, i na powierzchni pokarbowana; wrażliwość elektro-motoryczna na oba rodzaje prądu — wybitnie słabsza. Jeśli chorej każemy wystawić język, to on zbacza na lewo; gdy zaś ma język za zębami, skręca się — przeciwnie — na prawo. Babiński spostrzegał ten sam objaw na królikach, po przecięciu nerwu podjęzykowego.

× Do obsadzenia posada lekarza gminnego w Stretto, powiat Sebenico w Dalmacyi od 1. Października 1896. Płaca roczna w ratach miesięcznych z góry wynosi 1500 złr. w. a., a za to obowiązany będzie lekarz leczyć zadarmo miejscowych biednych, pełnić służbę sanitarną w gminie i utrzymywać domową aptekę. Za każdą wizytę na miejscu płaci się 33 ct. — w innych miejscowościach, zależnie od odległości 2—5 złr. Wymaga się doktoratu wszech nauk lekarskich, znajomości języka kroackiego i obywatelstwa austryackiego.

Podania należy wnosić do zarządu gminy w Stretto, do 15-go Września b. r.

Gmina liczy 7000 mieszkańców.

(*Das österreichische Sanitätswesen* z 17. Lipca 1896).

St.

— **Nekrologia.** W Paryżu umarł głośny chirurg Nicaise.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 35. Dra Janowskiego: O etyologii dyzenteryi. Dra Przewóskiego: Miejscowa eozynofilia w raku i kilka słów o znaczeniu komórek eozynofilnych w ogóle. Dra Przedborskiego: Przyczynek do nauki o ostrych zakaźnych, ropnych zapaleniach gardzieli i krtani. — W *Medycynie* Nrze 34. Dra Gaszyńskiego: Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny u noworodków. — W *Kronice lekarskiej* Nrze 16. Dra Miklaszewskiego: Przyczynek do kazuistyki promienicy klatki piersiowej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Louis Blau: Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde während der Jahre 1892 bis 1894. Lipsk, 1896. Nakład Otto Wiganda.

— Dr. Sonnenberg: Miasto Zgierz ze stanowiska sanitarnego. Warszawa, 1896.

— Tegoż: Przebieg epidemii cholery azyatyckiej w Królestwie polskiem w latach 1892, 1893 i 1894, w zestawieniu z ówczesnym stanem meteorologicznym kraju. Warszawa, 1896.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do Nru niniejszego dołącza się Szemat *B)* Dra Janiszewskiego w Zakopanem.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.